



ISTITUTO COMPRENSIVO “PASCOLI – CRISPI” MESSINA

Via Gran Priorato n. 11– Via Monsignor D’Arrigo Is.401 n. 18 - 98121 MESSINA

Telefono e fax: 09047030 / 090360007- C. Fiscale: 80006860839 – codice univoco IPA: UFNHZ3

www.istitutocomprensivopascoli-crispi.edu.it – e Mail: meic87300t@istruzione.it - meic87300t@pec.istruzione.it

Allegato 1

AL DIRIGENTE SCOLASTICO
DELL’I.C. “PASCOLI-CRISPI”
98121 MESSINA

**Oggetto: Domanda di partecipazione al percorso formativo del progetto PON “Competenze per crescere!”
cod.: 10.2.2A-FSEPON-SI-2019-221 - MODULO PER LA SCUOLA SECONDARIA DI 1° GRADO**

___ sottoscritt___ _____ genitore dell’alunno/a cognome _____
nome _____, classe_____sezione_____, chiede che _I_ propri_ figli_ venga
ammess_ alla selezione per la partecipazione alle attività formative relative ai moduli come di seguito indicati:
(indicare l’ordine di preferenza nell’ultima colonna)

| TITOLO | CLASSE | NUMERO ALUNNI | ORDINE PREFERENZA |
|-----------------------------------|--------|---------------|-------------------|
| L’italiano virtuale | 1-2-3 | 30 | |
| Non solo numeri...ma tanta logica | 3 | 20 | |
| CAD- Computer Aided Design | 3 | 20 | |

___ sottoscritt___ dichiara di aver preso visione del bando e di accettarne il contenuto. In caso di partecipazione, si impegna a far frequentare il/la proprio/a figlio/a con costanza ed impegno, consapevole che per l’amministrazione il progetto ha un impatto notevole sia in termini di costi che di gestione.

A tal fine si forniscono i seguenti dati:

| SCHEDA NOTIZIE PARTECIPANTE | | | |
|------------------------------------|--|-------------------------------|--|
| Cognome | | Nome | |
| Codice Fiscale | | Data di nascita | |
| Sesso | | Cittadinanza | |
| Comune di nascita | | Provincia di nascita | |
| Comune di residenza | | Provincia di residenza | |
| Telefono | | E-mail | |

Si precisa che l'Istituto Comprensivo "Pascoli-Crispi", depositario dei dati personali, potrà, a richiesta, fornire all'autorità competente del MIUR le informazioni necessarie per le attività di monitoraggio e valutazione del processo formativo a cui è ammesso l'allievo/a.

Data, _____

Firma _____

TUTELA DELLA PRIVACY

Il titolare del trattamento dei dati, nella persona del D.S., informa che, ai sensi e per gli effetti del D.Lgs. n.196/2003 e successive integrazioni e modifiche, i dati raccolti verranno trattati per solo per le finalità connesse con la partecipazione alle attività formative previste dal progetto e per la rendicontazione all'Autorità di gestione delle azioni attivate per la sua realizzazione e che i dati personali da Lei forniti ovvero altrimenti acquisiti nell'ambito della nostra attività formativa, serviranno esclusivamente per la normale esecuzione del Modulo formativo a cui suo/a figlio/a si iscrive.

AUTORIZZO

FIRMA _____